

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

D08

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Tito Torri

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

NOTA: l'andamento delle Performance dipende anche dal grado di aggiornamento degli obiettivi; in altri termini, se un obiettivo non è ancora monitorato, in questo report si considera non valutato, confidando però nel suo pieno raggiungimento, oppure viene fatta una stima a fine anno con criteri esplicitati nelle note delle schede di dettaglio. Il risultato consuntivo potrà essere comunque valutato a pieno solo quando avremo tutti gli obiettivi verificati e dopo la chiusura dell'anno di riferimento, entro il 30/06 dell'anno successivo.

Performance in termini di:

RAGGIUNGIMENTO e MIGLIORAMENTO *Per la valutazione della performance la scala di valutazione adottata è quella proporzionale con valore minimo alla % di scostamento del target rispetto al consuntivo.*

In altri termini, con il pieno rispetto del budget si ottiene 100, con un rispetto parziale si ottiene un punteggio tra 0 e 100 confrontando la STRADA FATTA (differenza tra Consuntivo anno budget e Consuntivo anno precedente) e la STRADA DA FARE (differenza tra Budget e Consuntivo anno precedente).

Un peggioramento rispetto al Consuntivo dell'anno precedente comporta una valutazione pari a 0.

Nel calcolo si tiene conto anche del posizionamento nella scala di valutazione del bersaglio MeS, ovvero con fascia superiore o uguale a 2 (giallo, verde o verdone) si ottiene il punteggio corrispondente alla fascia (in %) anche in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo o di peggioramento.

** La valutazione complessiva tiene conto di tutti gli indicatori, non solo di quelli già verificati. L'azienda, quindi, in assenza di evidenze di monitoraggio e/o di verifica, stima il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati con i CdR, salvo verifica finale e/o eventuale controdeduzione o rinegoziazione dell'obiettivo*

D08

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile:

Macrostruttura

D08 **DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

1 - Obiettivi MeS

35,0

19,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

18,7

9,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1 Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	> -	76,79	90,00	3,9	12	85,54	-4	-5%	66%		*	2,6	M
		B20b.1080.2.2 Percentuale di RM erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	> -	65,50	90,00	3,9	12	68,62	-21	-24%	13%		*	0,5	M
		B20b.1080.2.3 Percentuale di ecografie erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	> -	56,88	90,00	3,9	12	72,25	-18	-20%	46%		*	1,8	M
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> % 0,98 - mes		98,00	0,6							*		
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> % 0,985 - mes	99,49	98,50	0,6							*		
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> % 0,9 - mes		90,00	0,6							*		
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	> %. 1 - mes	95,06	100,00	2,8	12	92,77	-7	-7%	100%	vr	4	*	2,8
															cts
		B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico	> %. 0,8 - mes	72,70	80,00	0,6	12	70,65	-9	-12%	100%	vr	3	*	0,6
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. 0,985 - mes	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%		*	1,3	M
															cto
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 - mes		90,00	0,6							*		cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

12,4

7,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 %

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	621,37	583,70	0,6	12	643,25	60	10%	0%	0	0,0	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	583,7 - mes											
		C13.2.2.1	< %.	16,60	16,60	0,6	12	15,77	-1	-5%	100%	3	0,6	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	17,27 - mes											
		C13.2.2.2	< %.	9,46	7,62	0,6	12	9,72	2	28%	0%	0	0,0	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	7,62 - mes											
		C13.2.2.5	< N.	24,79	14,96	0,6								
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	14,96 - mes											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	81,30	85,05	1,8	12	79,94	-5	-6%	0%	1	0,0	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	85,05 - mes											cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,13		1,8	12	-0,07			100%	2	1,8	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	mantenimento - mes											cts
		C2a.M	< N.	0,34		2,8	12	0,29			100%	2	2,8	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	mantenimento - mes											cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,2								cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 - mes											cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,2	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	8 - azienda											cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - mes											cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - mes											cts
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,9							2,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,3	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

E	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12												
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)					annullato, si veda email SDGrande del 10/10												
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	1,3	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0						
		Percentuale di assenza	6,77 - mes				dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016												
		E3	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		1,3						
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS												

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

[illegible]

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.										
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_2RETI_1	>		1,5	12	1,00			0%	*	0.0		
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	-	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione										
Non raggiunto parte del piano rete cardiologica														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_3	>	1,00	1,5	11					*			
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	-	note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG										

martedì 12 marzo 2019

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3b 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	> si/no -	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate	
		RT_3STRA_3TAT_3c Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	> si/no -	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	Attivato open access	
		RT_3STRA_3TAT_3d Implementazione agende x Priorità accesso	> si/no -	1,00	0,7	11					*		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG	
		RT_3STRA_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	> -	1,00	1,5	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali	
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	0,7	12	81,97	-8	-9%	91%	*	0,7		
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % 1 - AZ	1,00	0,7	12	0,28	-1	-72%	28%	*	0,2		
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> 0,1 - AZ	9.135,80	10.049,38	0,7	12	10.979,00	930	9%	100%	*	0,7	M
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	> -	1,00	1,5	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T	
RT_STRA 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STRA_4CONT_1 Rete piede diabetico	> -	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	costituita rete diabetologica aziendale	
4 - Ob Az:					1,5							1,5		
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	> -	1,00	0,0	12					*		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	-									
4 - Ob Az: CUP ANAGRAFE E MANCATI PAGAMENTI DA PRESTAZIONI SANITARIE					1,5							1,5
P55032	Ricondurre le prestazioni CUP al percorso screening quando ricorrono le condizioni (età) dello screening	i-P55032	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		1) Definire le modalità per ricondurre le prestazioni da cup allo screening; 2) Predisposizione e revisione delle agende CUP; 3) Formazione degli operatori	-									
4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE					2,9							2,6
AZ07.23	PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi e standard di referto omogenei	i-AZ07.23	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		applicazione	-									
AZ07.24	catalogo regionale nel RISPACS	i-AZ07.24	>	1,00	1,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,1
		adeguamento	-									
4 - Ob Az: RADIOLOGIA					11,7							10,2
AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prisma	i-AZ07.16	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	+10% produzione (con nr prestaz/nr accessi <=1,5) - az									
AZ07.17	Fabbisogno per esterni macchine pesanti ex asl di livorno	i-AZ07.17	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		ricognizione della domanda al fine di programmare l'offerta necessaria	-									
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	-									
AZ07.22	Attività di angio-tac e angio-rmn su viareggio	i-AZ07.22	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Attivazione a partire dal 1 settembre	-									
AZ07.25	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	-									
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	-									

assetto completato

Il dipartimento dichiara che il progetto è stato completato

Sono applicati dal 01/01/2017 n.2 PDT per l'ematologia (prognosi LH ;diagnosi e monitoraggio LNH) e n.1 PDT per l'oncologia (stadiazione e ristadiatione tumori colon-retto) e relativi modelli di referto. L'applicazione ed il monitoraggio sono supportati d

Il nuovo catalogo della branca di Medicina Nucleare è stato adeguato ed integrato nel CUP aziendale. Dal maggio 2017 le tre strutture dell'Area sono operative sul nuovo catalogo. N.B.: non è ancora operativa l'integrazione CUP-RIS su Livorno.

realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata

documento redatto

Documento realizzato

Attivato

i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione

le considerazioni fatte dal resp di AO sono condivisibili

è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%

le valutazioni del resp di AO risultano condivisibili: il documento è stato mandato

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71	>	1,00	1,5	11								
		Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	-											

note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG

P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001	> %	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%			1,5
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	-										

CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono - la valutazione dell'indicatore è critica

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA					1,5								1,5
----------------------------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.21	Produttività angiografo viareggio	i-AZ07.21	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%			1,5
		A partire da 13 febbraio, almeno una seduta a settimana	-										

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA					1,5								1,5
-------------------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.9	Team di gestione accessi vascolari	i-AZ07.9	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%			1,5
		Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	-										

leader del progetto altro Dipartimento

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								12,2
-------------------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								12,2
-------------------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%			3,2
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	-										

gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%			3,2
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	-										

gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%			3,2
		attestazione della UOC Qualita'	-										

gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	1,00	2,8						3		
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-										

- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2016 **2017** % **Valutazione 2017**

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	>	%	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-											cts	
<i>il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)</i>															
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-											cts	
<i>monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO</i>															
<i>Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati</i>															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost. Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D08	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Totale pesi		100,0	

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

D08C

AREA MEDICINA NUCLEARE

Responsabile: Nicola Mazzuca

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDO911

UOC MEDICINA NUCLEARE MASSA CARRARA

8

1 - Obiettivi MeS

35,0

18,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,5

3,7

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	98,00	1,2										
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:															
B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,49	98,50	1,7								*		
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:															
B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	90,00	1,7									*		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,7	12	99,46	1	1%	100%		*	3,7	M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	1,7									*		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	576,08	583,70	1,7	12	688,00	104	18%	0%		*	0,0	
Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA															
C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	9,29	14,96	1,7								*		
Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:															
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>			0,0	12						*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,42	-0,42	1,8	12	-0,14	0	-67%	20%	2	*	0,4	
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,22	0,22	1,8	12	0,30	0	35%	20%	2*	0,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	3,4								cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:									cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	3,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	3,4	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:									cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,7	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,7	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:									cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,7	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:									cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	3,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		3,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:									
	Valutazione interna	E1b	>	1,00	0,0	12								
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)												
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:									cts
		E3	< %.	796,00	795,00	3,7	12	713,00	-82	-10%	100%		3,7	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente									cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	696.978,00	696.978,00	15,0	12	667.263,00	-29.715	-4%	100%	3*	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts

aggiunti al 2016 69.174 € -- 'errore segnalata a Simonetta in tempi precedenti

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
----------	------------------------------------------------------------------	---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	3,9	cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3b 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	> sì/no	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate	
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	3,9	12	0,00	-90	-100%	0%		0,0		
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	3,9	12	0,20	-1	-80%	20%		0,8		
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	840,88	924,97	3,9	12	1.036,00	111	12%	100%		3,9	M
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE	>	1,00	3,9	11							non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG T	

4 - Ob Az:

AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*	
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULA									

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.23	<u>PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi e standard di referto omogenei</u>	i-AZ07.23 applicazione	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Sono applicati dal 01/01/2017 n.2 PDT per l'ematologia (prognosi LH ;diagnosi e monitoraggio LNH) e n.1 PDT per l'oncologia (stadiazione e ristadiazione tumori colon-retto) e relativi modelli di referto. L'applicazione ed il monitoraggio sono supportati d
AZ07.24	<u>catalogo regionale nel RISPACS</u>	i-AZ07.24 adeguamento	>	1,00	3,9	12	0,75	0	-25%	75%		2,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Il nuovo catalogo della branca di Medicina Nucleare è stato adeguato ed integrato nel CUP aziendale. Dal maggio 2017 le tre strutture dell'Area sono operative sul nuovo catalogo. N.B.: non è ancora operativa l'integrazione CUP-RIS su Livorno.
AZ07.72	<u>omogeneizzazione delle procedure organizzative</u>	i-AZ07.72 redazione di un documento finalizzato alla omogeneizzazione delle procedure organizzative delle tre strutture, anche in vista di una possibile certificazione ISO	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										realizzato

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,1

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,1

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,5	cio cts
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FDO
9118

**UOC MEDICINA NUCLEARE
MASSA CARRARA**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

102_425116

UOC MEDICINA NUCLEARE LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,4

2,9

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	98,00	1,4												
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																	
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,49	98,50	1,4											
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																	
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	90,00	1,4												
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	2,9	12	99,46	1	1%	100%						
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale																	
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	1,4												
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																	
20,7																	
12,8																	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	669,06	583,70	1,4	12	645,49	62	11%	28%						
Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA																	
		C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	11,93	14,96	1,4											
Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:																	
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:																	
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,10	0,10	1,4	12	0,55	0	453%	0%	1					
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,53	0,53	1,4	12	0,75	0	40%	0%	1*	0,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,7								cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:									cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,7	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:									cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,4	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,4	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:									cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,4	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:									cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	2,9	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:									
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12							
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)												
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:									cts
		E3	< %.	796,00	795,00	2,9	12	713,00	-82	-10%	100%		2,9	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente									cts





2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	557.080,57	557.080,57	15,0	12	550.999,28	-6.081	-1%	100%	3*	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts

tolti costi 2017 per nuove metodiche

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	30,1
3 - Obiettivi REGIONALI	23,3	19,4

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3b 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	> sì/no	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
	RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	3,9	12	195,00	105	117%	100%		3,9		
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
	RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
	RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	0,99	1,09	3,9	12	106,00	105	9589%	100%		3,9	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	3,9	11						*	
A_9SPE		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt:	- val obt:	- fonte verifica:	<i>non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T</i>							

4 - Ob Az:										0,0		
AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					*	
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA						

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE	11,7	10,7
------------------------------	------	------

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.23	<u>PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi e standard di referto omogenei</u>	i-AZ07.23 applicazione	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Sono applicati dal 01/01/2017 n.2 PDT per l'ematologia (prognosi LH ;diagnosi e monitoraggio LNH) e n.1 PDT per l'oncologia (stadiazione e ristadiazione tumori colon-retto) e relativi modelli di referto. L'applicazione ed il monitoraggio sono supportati d
AZ07.24	<u>catalogo regionale nel RISPACS</u>	i-AZ07.24 adeguamento	>	1,00	3,9	12	0,75	0	-25%	75%		2,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Il nuovo catalogo della branca di Medicina Nucleare è stato adeguato ed integrato nel CUP aziendale. Dal maggio 2017 le tre strutture dell'Area sono operative sul nuovo catalogo. N.B.: non è ancora operativa l'integrazione CUP-RIS su Livorno.
AZ07.72	<u>omogeneizzazione delle procedure organizzative</u>	i-AZ07.72 redazione di un documento finalizzato alla omogeneizzazione delle procedure organizzative delle tre strutture, anche in vista di una possibile certificazione ISO	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										realizzato

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	cio cts
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2016 **2017** % **Valutazione 2017**

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42511
6

**UOC MEDICINA NUCLEARE
LUCCA**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106 HL07NU

UOC MEDICINA NUCLEARE LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35.0

21.2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,5

3,7

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	98,00	1,7										
		Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:														
		B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,49	98,50	1,7									
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	90,00	1,7										
		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %	99,38	98,50	3,7	12	99,46	1	1%	100%				
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	1,7										
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

17,2

10,2

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	616,12	583,70	1,7	12	591,68	8	1%	75%		1,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	38,59	14,96	1,7								
				Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:											
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>			0,0	12							
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		effettivamente non pertinente -- 'valutazione condivisibile									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,15	0,15	1,8	12	0,19	0	34%	20%	2	0,4	cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA											7,3	7,3			
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	3,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		3,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12						*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)					annullato, si veda email SDGrande del 10/10								
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Asul NO fonte Conto Annuale del personale 2016								
							dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata								
		E3	<	%.	796,00	795,00	3,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	3,7	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS								

15,0		15,0
------	--	------

15,0		15,0
------	--	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	30,1
3 - Obiettivi REGIONALI	23,3	19,4

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	3,9	11						*	
A_9SPE		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt:	- val obt:	- fonte verifica:	<i>non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T</i>							

AZ_3PER_S	<u>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</u>	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*	
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<p>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</p>								

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE	11,7	10,7
------------------------------	------	------

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.23	<u>PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi e standard di referto omogenei</u>	i-AZ07.23 applicazione	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Sono applicati dal 01/01/2017 n.2 PDT per l'ematologia (prognosi LH ;diagnosi e monitoraggio LNH) e n.1 PDT per l'oncologia (stadiazione e ristadiazione tumori colon-retto) e relativi modelli di referto. L'applicazione ed il monitoraggio sono supportati d						
AZ07.24	<u>catalogo regionale nel RISPACS</u>	i-AZ07.24 adeguamento	>	1,00	3,9	12	0,75	0	-25%	75%	2,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Il nuovo catalogo della branca di Medicina Nucleare è stato adeguato ed integrato nel CUP aziendale. Dal maggio 2017 le tre strutture dell'Area sono operative sul nuovo catalogo. N.B.: non è ancora operativa l'integrazione CUP-RIS su Livorno.						
AZ07.72	<u>omogeneizzazione delle procedure organizzative</u>	i-AZ07.72 redazione di un documento finalizzato alla omogeneizzazione delle procedure organizzative delle tre strutture, anche in vista di una possibile certificazione ISO	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			realizzato						

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	2,3	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget						
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	2,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)						

cio
ctscio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** % Valutazione 2017

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HL07
NUC

**UOC MEDICINA NUCLEARE
LIVORNO**

Totale pesì

100,0

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

D08A

AREA RADIODIAGNOSTICA

Responsabile: Sabino Cozza

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102_425117 UOC RADIOLOGIA LUCCA E VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

15,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,8

5,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	>	91,59	90,00	4,3	12	87,38	-3	-3%	0%	*	0,0
-------	----------------------------------------------------------------------------	---------------	---	-------	-------	-----	----	-------	----	-----	----	---	-----

Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)

Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:

B20b.1080.2.2
Percentuale di RM erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)> 90,20 90,00 4,3 12 64,40 -26 -28% 0% * 0,0
Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:B20b.1080.2.3
Percentuale di ecografie erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)> 92,46 90,00 4,3 12 72,07 -18 -20% 0% * 0,0
Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	>	%	98,00	0,7						*	
-----	-----------------------------------	-----------	---	---	-------	-----	--	--	--	--	--	---	--

% di referti di radiologia firmati digitalmente

Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:

B24.2.2.2
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia> % 99,49 98,50 0,7
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:B24.2.3.2
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso> % 90,00 0,7
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	>	%	88,49	100,00	3,1	12	78,67	-21	-21%	100%	vr	1	3,1
----	---------------------------------------	--------	---	---	-------	--------	-----	----	-------	-----	------	------	----	---	-----

Estensione corretta dello screening mammografico

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Piana di Lucca

La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture

B5.1.2
Adesione corretta dello screening mammografico> % 74,79 80,00 0,7
Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:

dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Piana di Lucca

La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture

B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%	*	1,4	M
----	---------------	--------	---	---	-------	-------	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	---

Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

dato estratto da Infview regionale

B8.4.13
Qualità del flusso informativo SPA> N. 90,00 0,7
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,4

6,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	669,06	583,70	0,7	12	645,49	62	11%	28%		0,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
		C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	18,46	18,46	0,7	12	18,42	0	0%	100%	3	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.2	% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	9,20	7,62	0,7	12	9,53	2	25%	0%	0	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	< N.	11,93	14,96	0,7								
				Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:											
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>		1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,10	0,10	0,7	12	0,55	0	453%	0%	1	0,0	cio
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,53	0,53	0,7	12	0,75	0	40%	0%	1	0,0	cio
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3								cio
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							2,8	2,8							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

2 - Obiettivi ECONOMICI															15,0	15,0	
2 - Obiettivi ECONOMICI															15,0	15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	341.603,58	341.603,58	15,0	12	341.186,40	-417	0%	100%	vr	3	*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts
bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 2,05 vs MPond strutt: 1,51)																	
		Euro01a	> %.			0,0	12							*			cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI										35,0	17,0	
3 - Obiettivi REGIONALI										22,6	6,7	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	2,1	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_A_2RETI_1	>		2,1	12	1,00			0%		
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione							
Non raggiunto parte del piano rete cardiologica												

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3	>	si/no	1,00	2,1	11		1,00	0	0%	100%		2,1	note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		RT_3STRA_3TAT_3b	>	si/no	1,00	2,1	12		1,00	0	0%	100%		2,1	sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		RT_3STRA_3TAT_3c	>	si/no	1,00	2,1	12		1,00	0	0%	100%		2,1	Attivato open access
		Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		RT_3STRA_3TAT_3d	>	si/no	1,00	2,1	11								note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG
		Implementazione agende x Priorità accesso	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		RT_3STRA_3TAT_6	>		1,00	2,1	11								non pervenuti ancora i risultati regionali
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	2,1	12		0,00	-90	-100%	0%		0,0	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
		RT1.1	>	%	1,00	2,1	12		0,25	-1	-75%	25%		0,5	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
		RT1.2	>		545,50	2,1	12		525,00	-75	-13%	0%		0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>		1,00	2,1	11								non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
4 - Ob Az:						0,0									
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>		1,00	0,0	12								personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

4 - Ob Az: RADIOLOGIA				12,4									10,3		
AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prima	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata	
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18 Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	Documento realizzato	
AZ07.25	Uniformare il protocollo di teleselezione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione	
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	le considerazioni fatte dal resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%	
AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	2,1	11					<input type="checkbox"/>	*		le valutazioni del resp di AO risultano condivisibili: il documento è stato mandato note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG	
P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì

p1 P2

Valutazione

p1 P2

102_42511

7

**UOC RADIOLOGIA LUCCA E
VDS**

Totale pesì

100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riequilibrativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

105_BD103120

UOC RADIOLOGIA VDE E AVC

1

1 - Obiettivi MeS

35,0

15,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,8

5,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	89,62	90,00	4,3	12	83,31	-7	-7%	0%	*	0,0			
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
				B20b.1080.2.2	>	91,36	90,00	4,3	12	86,24	-4	-4%	0%	*	0,0		
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
				B20b.1080.2.3	>	93,78	90,00	4,3	12	63,79	-26	-29%	0%	*	0,0		
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	>	%	98,00	0,7						*				
				Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:													
				B24.2.2.2	>	%	99,49	0,7					*				
				Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:													
				B24.2.3.2	>	%	90,00	0,7					*				
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	>	%.	95,88	100,00	3,1	12	98,72	-1	-1%	100%	vr	5	3,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
				B5.1.2	>	%.	70,70	80,00	0,7	12	65,20	-15	-19%	100%	vr	2	0,7
				Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:													
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%	*	1,4	M	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
				dato estratto da Infoview regionale													
				B8.4.13	>	N.	90,00	0,7						*			
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														11,4	7,1
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	652,95	583,70	0,7	12	685,87	102	18%	0%	0	0,0		
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.1	< %.	18,12	18,12	0,7	12	18,91	1	4%	30%	3	0,2		
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C13.2.2.2	< %.	9,08	7,62	0,7	12	10,00	2	31%	0%	0	0,0		
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.5	< N.	39,69	14,96	0,7									
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:											
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	>		1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4		
		Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,51	0,51	0,7	12	0,11	0	-79%	100%	2	0,7	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
		C2a.M	< N.	-0,39	-0,39	0,7	12	0,39	1	-201%	20%	2	0,1		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,3									
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,3	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5	0,7	M	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	0,7	M	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														2,8	2,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	8,2
2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	8,2
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	221.207,46	221.207,46	15,0	12	250.392,68	29.185	13%	55%	vr	3 *	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts
bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 2,05 vs MPond strutt: 1,78)															
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	>	si/no	1,00	2,1	11							*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG											
			RT_3STRA_3TAT_3b 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)			>	si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate								
			RT_3STRA_3TAT_3c Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale			>	si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Attivato open access								
			RT_3STRA_3TAT_3d Implementazione agende x Priorità accesso			>	si/no	1,00	2,1	11					*		
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG								
			RT_3STRA_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%			>		1,00	2,1	11					*		
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali								
			RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			>		90,00	2,1	12	100,00	10	11%	100%	*	2,1	
						Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
			RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)			>	%	1,00	2,1	12	0,29	-1	-71%	28%	*	0,6	
						Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)			>		128,30	141,12	2,1	12	410,00	269	191%	100%	*	2,1
						Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>		1,00	2,1	11							*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
4 - Ob Az:																	
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>		1,00	0,0	12							*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

4 - Ob Az: RADIOLOGIA				12,4									10,3		
AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prima	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata	
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18 Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	Documento realizzato	
AZ07.25	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione	
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	le considerazioni fatte daòl resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%	
AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	2,1	11					<input type="checkbox"/>	*		le valutazioni del resp di AO risultano condivisibili: il documento è stato mandato note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG	
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	cio cts
			verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				verbalì pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget						
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)						
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						
							Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost. Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

105_BD10
31201

**UOC RADIOLOGIA VDE E
AVC**

Totale pesi

100,0

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HC07RA

UOC RADIOLOGIA CECINA PIOMBINO ELBA

D

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,8

18,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	58,36	90,00	4,3	12	95,24	5	6%	100%		4,3	M		
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
				B20b.1080.2.2	>	62,21	90,00	4,3	12	93,57	4	4%	100%	*	4,3	M	
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
				B20b.1080.2.3	>	81,22	90,00	4,3	12	91,59	2	2%	100%	*	4,3	M	
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	>	%	98,00	0,7						*				
				Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:													
				B24.2.2.2	>	%	99,49	98,50	0,7					*			
				Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:													
				B24.2.3.2	>	%	90,00	0,7						*			
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	>	%.	74,64	100,00	3,1	12	84,02	-16	-16%	100%	vr	2	3,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
				verifica MeS - livello di calcolo Bassa Val di Cecina													
				B5.1.2	>	%.	82,15	80,00	0,7	12	73,40	-7	-8%	100%	vr	3	0,7
				Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:													
				verifica MeS - livello di calcolo Bassa Val di Cecina													
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%	*	1,4	M	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
				dato estratto da Infoview regionale													
				B8.4.13	>	N.	90,00	0,7						*			
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													

cts

cts

cts

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														11,4	4,8
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	604,21	583,70	0,7	12	583,83	0	0%	99%	*	0,7	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.1	< %.	11,36	11,36	0,7	12	9,16	-2	-19%	100%	3 *	0,7	M	
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C13.2.2.2	< %.	10,54	7,62	0,7	12	10,34	3	36%	7%	0 *	0,0	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.5	< N.	27,87	14,96	0,7						*			
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:											
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	>		1,00	3,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,14	-0,14	0,7	12	-0,68	-1	384%	100%	3 *	0,7	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
		C2a.M	< N.	0,22	0,22	0,7	12	0,33	0	52%	20%	2 *	0,1		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,3						*			
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,3	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,7	M	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,7	M	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														2,8	2,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,4	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*		annullato, si veda email SDGrande del 10/10
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)													
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:										cio
															cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,4	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente										cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	265.249,74	265.249,74	15,0	12	348.675,98	83.426	31%	55%	vr	3	*	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 2,05 vs MPond strutt: 2,02)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione QIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

Prospetto di sintesi sul livello di attuazione

Non raggiunto parte del piano rete cardiologica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
 2016 **2017** 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	>	si/no	1,00	2,1	11	1,00	0	0%	100%		*	2,1	note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

4 - Ob Az: RADIOLOGIA				12,4								10,3		
AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prima	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata	
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18 Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	Documento realizzato	
AZ07.25	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione	
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	le considerazioni fatte daòl resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%	
AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	2,1	11					<input type="checkbox"/>	*	le valutazioni del resp di AO risulvano condivisibili: il documento è stato mandato note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG	
P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

5 - Obiettivi QUALITA'													15,0											14,1
5 - Obiettivi QUALITA'													15,0											14,1
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,5	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget									
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
			Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost. Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HC07
RAD

**UOC RADIOLOGIA CECINA
PIOMBINO ELBA**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
rieapilativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HL07RA

UOC RADIOLOGIA LIVORNO

D

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,8

14,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	56,83	90,00	4,3	12	96,40	6	7%	100%	*	4,3	M
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B20b.1080.2.2	Percentuale di RM erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	72,13	90,00	4,3	12	73,24	-17	-19%	6%	*	0,3	M
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B20b.1080.2.3	Percentuale di ecografie erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	70,48	90,00	4,3	12	92,12	2	2%	100%	*	4,3	M
				Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	>	%	98,00	0,7						*		
				Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:											
		B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	>	%	99,49	0,7						*		
				Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:											
		B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	>	%	90,00	0,7						*		
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	>	%	99,70	3,1	12	99,52	0	0%	100%	vr	5	3,1
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:											
				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Livornese											
		B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	>	%	74,65	0,7	12	74,09	-6	-7%	100%	vr	3	0,7
				Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:											
				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Livornese											
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%	99,38	1,4	12	99,46	1	1%	100%	*	1,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
				dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,7						*		
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

cts

cio

cts

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															11,4	8,5
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	627,98	583,70	0,7	12	599,56	16	3%	64%		*	0,4	M	
Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini			Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA										
		C13.2.2.1	< %.	17,35	17,35	0,7	12	16,39	-1	-6%	100%	3	*	0,7	M	
Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)			Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA										
		C13.2.2.2	< %.	8,94	7,62	0,7	12	9,27	2	22%	0%	0	*	0,0		
% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi			Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA										
		C13.2.2.5	< N.	38,59	14,96	0,7							*			
Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti			Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:													
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	>		1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4		
Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,32	0,32	0,7	12	0,19	0	-38%	100%	2	*	0,7	M	
Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
		C2a.M	< N.	1,03	1,03	0,7	12	0,37	-1	-64%	100%	2	*	0,7	M	
Indice di performance degenza media - DRG Medici			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,3							*			
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,3	M	
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,7	M	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,7	M	
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA															2,8	2,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,4			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale		
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*		annullato, si veda email SDGrande del 10/10		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)															
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:											cts	
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,4	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente											cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	266.539,18	266.539,18	15,0	12	304.005,34	37.466	14%	55%	vr	3	*	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 2,05 vs MPond strutt: 1,72)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
												</	

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione QIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

Non raggiunto parte del piano rete cardiologica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3	>	si/no	1,00	2,1	11								
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG										
		RT_3STRA_3TAT_3b	>	si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate										
		RT_3STRA_3TAT_3c	>	si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	
		Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Attivato open access										
		RT_3STRA_3TAT_3d	>	si/no	1,00	2,1	11						*		
		Implementazione agende x Priorità accesso	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG										
		RT_3STRA_3TAT_6	>		1,00	2,1	11						*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	2,1	12	0,00	-90	-100%	0%		*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
		RT1.1	>	%	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
		RT1.2	>	1,49	1,64	2,1	12	0,00	-2	-100%	0%		*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>		1,00	2,1	11						*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										
4 - Ob Az:						0,0							*		
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>		1,00	0,0	12						*		
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

4 - Ob Az: RADIOLOGIA				12,4									10,3		
<u>AZ07.16</u>	<u>Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prima</u>	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata	
<u>AZ07.18</u>	<u>Incremento coorti screening mammografico</u>	i-AZ07.18 Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	Documento realizzato	
<u>AZ07.25</u>	<u>Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto</u>	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione	
<u>AZ07.70</u>	<u>Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni</u>	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	le considerazioni fatte daòl resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%	
<u>AZ07.71</u>	<u>Qualità del flusso informativo SPA</u>	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	2,1	11					<input type="checkbox"/>	*		le valutazioni del resp di AO risultano condivisibili: il documento è stato mandato note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG	
<u>P12001</u>	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,1	CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,6	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL07
RAD

UOC RADIOLOGIA LIVORNO

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

112_56L5 UOC RADIOLOGIA VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,5

13,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	>	89,92	90,00	4,6	12	96,13	6	7%	100%		4,6	M
		Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B20b.1080.2.2	>	67,78	90,00	4,6	12	76,14	-14	-15%	38%	*	1,7	M
		Percentuale di RM erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B20b.1080.2.3	>	42,60	90,00	4,6	12	70,90	-19	-21%	60%	*	2,7	M
		Percentuale di ecografie erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: DGRT 1080/2016 - val obt: 90% - fonte verifica:											
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	>	%	98,00	0,7						*		
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:											
		B24.2.2.2	>	%	99,49	98,50	0,4					*		
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:											
		B24.2.3.2	>	%	90,00	0,7						*		
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	>	%. 102,66	100,00	3,4	12	103,09	3	3%	100%	vr 5*	3,4	M
		Estensione corretta dello screening mammografico	Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
		B5.1.2	>	%. 62,78	80,00	0,8	12	65,85	-14	-18%	100%	vr 2*	0,8	M
		Adesione corretta dello screening mammografico	Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%. 99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.13	>	N. 90,00	0,4							*		
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

cts

cio

cts

cio

cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,4

9,1

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	540,61	583,70	0,7	12	560,01	-24	-4%	100%		0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
			obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	11,55	11,55	0,7	12	11,47	0	-1%	100%	3*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	10,63	7,62	0,7	12	9,27	2	22%	45%	0*	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA									
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>		1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		3,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,61	-0,61	0,7	12	-0,68	0	12%	100%	3*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,20	0,20	0,7	12	0,26	0	31%	20%	2*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,4								
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

3,0

3,0

E	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E1	>	55,00	1,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1.5
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 60 di 73

[illegible]

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	389.429,35	389.429,35	15,0	12	439.766,00	50.337	13%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts
		l'attivazione dell'attività angiografica è stata fatta.. Il responsaabile inoltre dà enidenza di spese sostenute per aumento delle attività												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	2,1	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>		2,1	12	1,00			0%		*	0,0
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione								
Non raggiunto parte del piano rete cardiologica													
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3	>	1,00	2,1	11						*	
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG								
		RT_3STRA_3TAT_3b	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3c Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Attivato open access						
		RT_3STRA_3TAT_3d Implementazione agende x Priorità accesso	> si/no	1,00	2,1	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG						
		RT_3STRA_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	>	1,00	2,1	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali						
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,1	12	56,25	-34	-38%	62%	*	1,3
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	0,00	2,1	12	0,00	0	#Error e	100%	*	2,1
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

4 - Ob Az:

0,0

AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULA						

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

14,4

12,4

AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prisma	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: az - val obt: +10% produzione (con nr prestaz/nr accessi <=1,5) - fonte verifica:		realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata						
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18 Predispersione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Documento realizzato						
AZ07.22	Attività di angio-tac e angio-rmn su viareggio	i-AZ07.22 Attivazione a partire dal 1 settembre	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Attivato						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

AZ07.25	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione												
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: le considerazioni fatte daòl resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%												
AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	2,1	11					*	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: le considerazione del Resp di AO sono condivisibili per quanto riguarda il dato quantitativo note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG												
P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: CdG - Richiedere protocollo												

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	15,0
5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget inviati verbali												

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_56L5

UOC RADIOLOGIA VERSILIA

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

D08B

AREA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E NEURORADIOLOGIA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDO220 SC RADIOGNOSTICA AP - LUN E INTERVEN. AZIENDALE

1 - Obiettivi MeS

35,0

19,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

20,8

9,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.2.1	>	61,18	90,00	4,3	12	72,58	-17	-19%	40%		1,7	M		
		Percentuale di TC erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		B20b.1080.2.2	>	30,98	90,00	4,3	12	36,09	-54	-60%	9%	*	0,4	M		
		Percentuale di RM erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		B20b.1080.2.3	>	48,75	90,00	4,3	12	65,55	-24	-27%	41%	*	1,7	M		
		Percentuale di ecografie erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	>	%	98,00	0,7						*				
		% di referti di radiologia firmati digitalmente		Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:												
		B24.2.2.2	>	%	99,49	98,50	0,7					*				
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia		Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:												
		B24.2.3.2	>	%	90,00	0,7						*				
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	>	%.	112,28	100,00	3,1	12	102,16	2	2%	100%	vr	5	3,1	cts
		Estensione corretta dello screening mammografico		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Apuane										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.1.2	>	%.	83,57	80,00	0,7	12	75,87	-4	-5%	100%	vr	3	0,7	
		Adesione corretta dello screening mammografico		Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Apuane										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%		1,4	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,7						*				cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,4

7,4

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	576,08	583,70	0,7	12	688,00	104	18%	0%		*	0,0			
				Fonte obt: mes - val obt: 583,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA												
				C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	25,09	25,09	0,7	12	18,96	-6	-24%	100%	3	*	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 17,27 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA												
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
				C13.2.2.2	% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	9,06	7,62	0,7	12	8,20	1	8%	60%	0	*	0,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: 7,62 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPA												
				C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	< N.	9,29	14,96	0,7							*		
				Fonte obt: mes - val obt: 14,96 - fonte verifica:														
C16	Percorso emergenza - urgenza	C16.3_rad	Riduzione tempo refertazione prestazioni da PS (orario refertazione - orario esecuzione)	>		1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,42	-0,42	0,7	12	-0,14	0	-67%	20%	2	*	0,1	cio		
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										cts		
				C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,17	0,17	0,7	12	0,30	0	79%	20%	2	*	0,1	cio
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										cts		
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3							*		cio		
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												cts		
				C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts		
				C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cio		
				C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts		
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							2,8								2,8			

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0
2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.146.130,01	1.146.130,01	15,0	12	1.142.263,17	-3.867	0%	100%	3 *	15,0	M	cio
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		Euro01a	> %.			0,0	12								cio
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										21,4	8,0
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	1,9
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<p><i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i></p>						
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_2RETI_1	>		1,9	12	1,00			0%	0,0
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<p><i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i></p> <p><i>Non raggiunto parte del piano rete cardiologica</i></p>						

martedì 12 marzo 2019

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_3	>		1,00	1,9	11							
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG									
		RT_3STRA_3TAT_3b	> si/no		1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1068/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti (Contribuire Alla stesura del "Piano Operativo di Area Vasta Nord Ovest per la riorganizzazione dell'offerta e accessibilità alle prestazioni specialistiche)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono stati definiti percorsi per classi di patologie con messa a disposizione di agende dedicate									
		RT_3STRA_3TAT_3c	> si/no		1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	
		Implementazione Catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Attivato open access									
		RT_3STRA_3TAT_3d	> si/no		1,00	1,9	11							
		Implementazione agende x Priorità accesso	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG									
		RT_3STRA_3TAT_6	>		1,00	1,9	11							
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	1,9	12	0,00	-90	-100%	0%		0,0	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1	> %		1,00	1,9	12	0,13	-1	-88%	12%		0,2	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		RT1.2	>		39,28	43,21	1,9	12	68,00	25	57%	100%	1,9	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>		1,00	1,9	11							
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
4 - Ob Az:						0,0								
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>		1,00	0,0	12							
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

4 - Ob Az: RADIOLOGIA				11,7								9,7		
AZ07.16	Uso efficiente delle macchine pesanti e progetto prima	i-AZ07.16 Utilizzo delle macchine pesanti in base a progetto presentato (11 turni di 6 ore per attività programmata)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	realizzato in tutte le strutture che non hanno subito riduzioni dell'organico per trasferimenti o malattie di lunga durata
AZ07.18	Incremento coorti screening mammografico	i-AZ07.18 Predisposizione documento di ricognizione delle dotazioni attuali e delle necessità di risorse (entro 15 marzo)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	Documento realizzato
AZ07.25	Uniformare il protocollo di teleselezione a distanza del radiologo in urgenza per gli esami senza mezzo di contrasto	i-AZ07.25 Redazione ed invio di un protocollo entro 30/06	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	i documenti inviati risultano documenti delle aziende pre fusione
AZ07.70	Appropriatezza dell'accesso alle prestazioni	i-AZ07.70 Definizione di un documento di regolamentazione degli accessi diretti	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	le considerazioni fatte daò resp di AO sono condivisibili è stata diffusa disposizione per limitare il ricorso agli accessi diretti in data 23.03.17. Il dato a livello aziendale è incrementato tra il 2016 e il 2017 da 16% a 16,98%
AZ07.71	Qualità del flusso informativo SPA	i-AZ07.71 Scarto tra le prestazioni risultanti dal flusso SPA e quelle contenute nei DB RIS inferiore al 10% (modificato in fase di verifica: 5%)	>	1,00	1,9	11					<input type="checkbox"/>	*		le valutazioni del resp di AO risultano condivisibili: il documento è stato mandato note valutazione al 15 maggio 2018 - CdG
P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	CdG - Richiedere protocollo

le valutazioni del resp AO sono condivisibili- la valutazione dell'indicatore è critica

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA										1,9		1,9	
AZ07.21	Produttività angiografo viareggio	i-AZ07.21 A partire da 13 febbraio, almeno una seduta a settimana	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA										0,0		0,0	
AZ07.9	Team di gestione accessi vascolari	i-AZ07.9 Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: leader del progetto altro Dipartimento										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'										15,0											15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6							
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)					

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,3	verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FDO
220

**SC RADIOGNOSTICA AP - LUN
E INTERVEN. AZIENDALE**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)